



# Behandlungsfehlerbegutachtung der Medizinischen Dienste: Relevanz für die Anästhesie?

PD Dr. med. Max Skorning  
Leiter Stabsstelle Patientensicherheit  
24. September 2016



**MDS**

MEDIZINISCHER DIENST  
DES SPITZENVERBANDES  
BUND DER KRANKENKASSEN

# Interessenkonflikte? **Nein!**

Offenlegung finanzieller Interessen des Autors für den o. g. Vortrag



P – Produkt

I – Investor

B – Berater



K – Keine: Keine Interessenskonflikte; keine kommerzielle Unterstützung der vorgelegten Arbeit in irgendeiner Form

**Interessen? JA, unbedingt!**

Two puppets are shown in a theater box. The puppet on the left has white hair and a mustache, wearing a dark suit. The puppet on the right has grey hair and a mustache, wearing a dark blue jacket. They are both leaning over a red velvet railing. The background is a rich, dark red wall with ornate gold-colored carvings and a red curtain with gold fringe.

*Relevanz der  
Medizinischen Dienste?*

*... für die Anästhesie?*

# Anzahl jährlich begutachteter Fälle



# Begutachtung der 14.828 vorgeworfenen Fälle:

Eine zentrale Frage mit **drei** Aspekten ist zu prüfen!

Liegt ein **Fehler** vor, der einen **Schaden verursacht** hat?



**Fehler**

**4.428**



**Schaden**

**4.064**

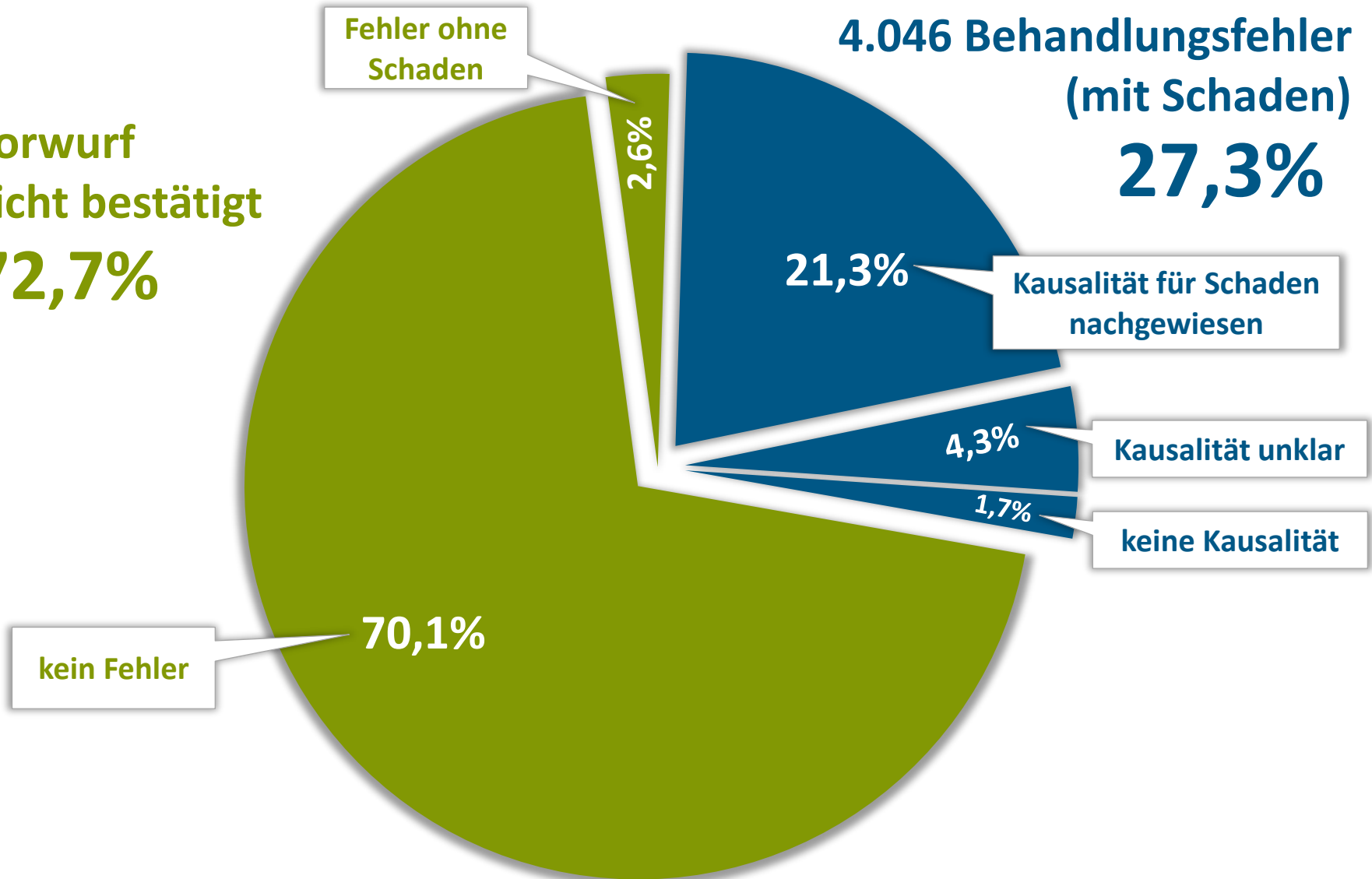


**Kausalität**

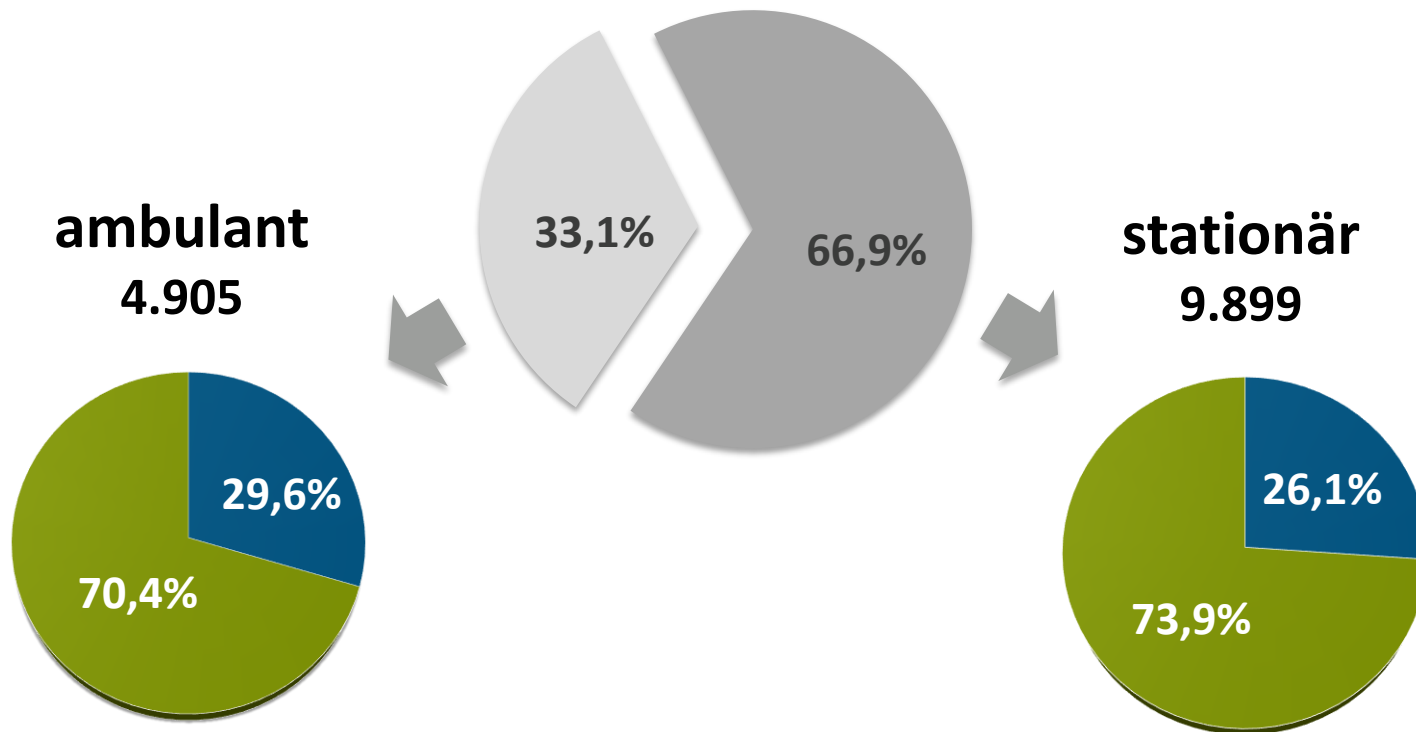
**3.156**

# Gutachterliche Ergebnisse zu 14.828 vorgeworfenen Fällen

Vorwurf  
nicht bestätigt  
**72,7%**



# Vorwürfe nach Sektoren\*

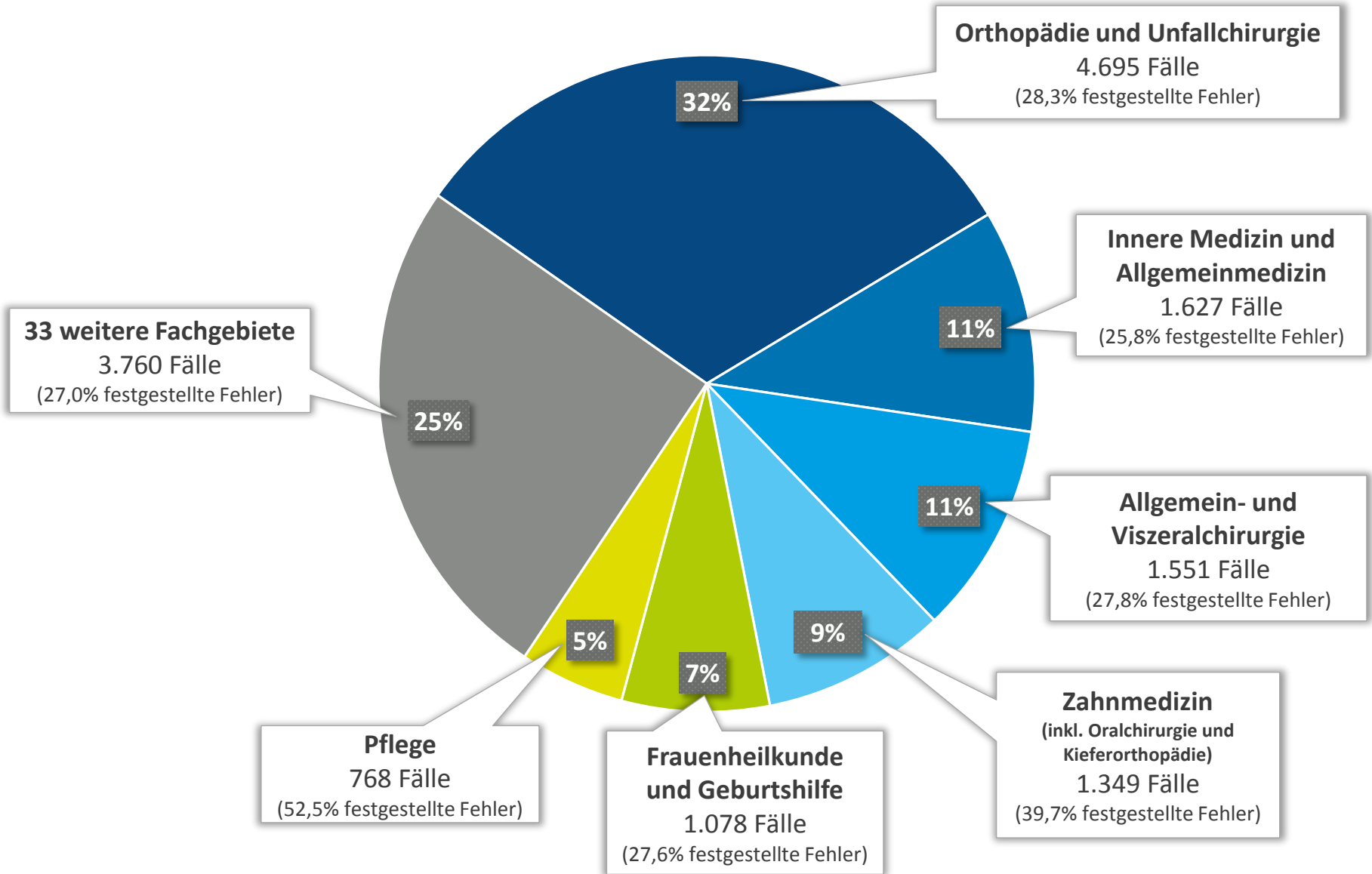


- Behandlungsfehler mit Schaden
- Vorwurf nicht bestätigt

- Behandlungsfehler mit Schaden
- Vorwurf nicht bestätigt

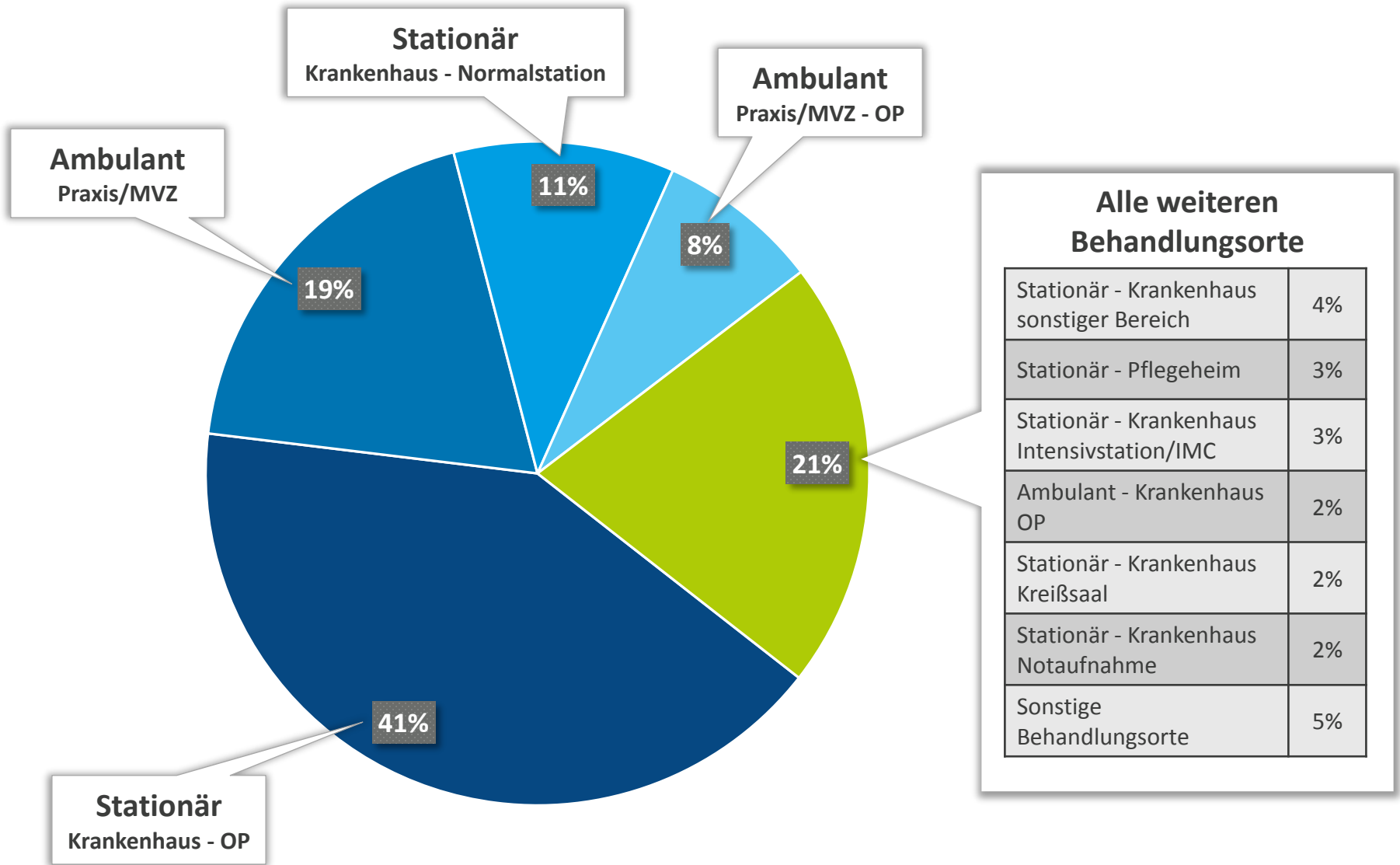
\* 24 Fälle Rettungsdienst/Krankentransport

# Verteilung der Vorwürfe auf die Fachgebiete





# Verteilung der Vorwürfe auf Behandlungsorte



# Die häufigsten Behandlungsanlässe

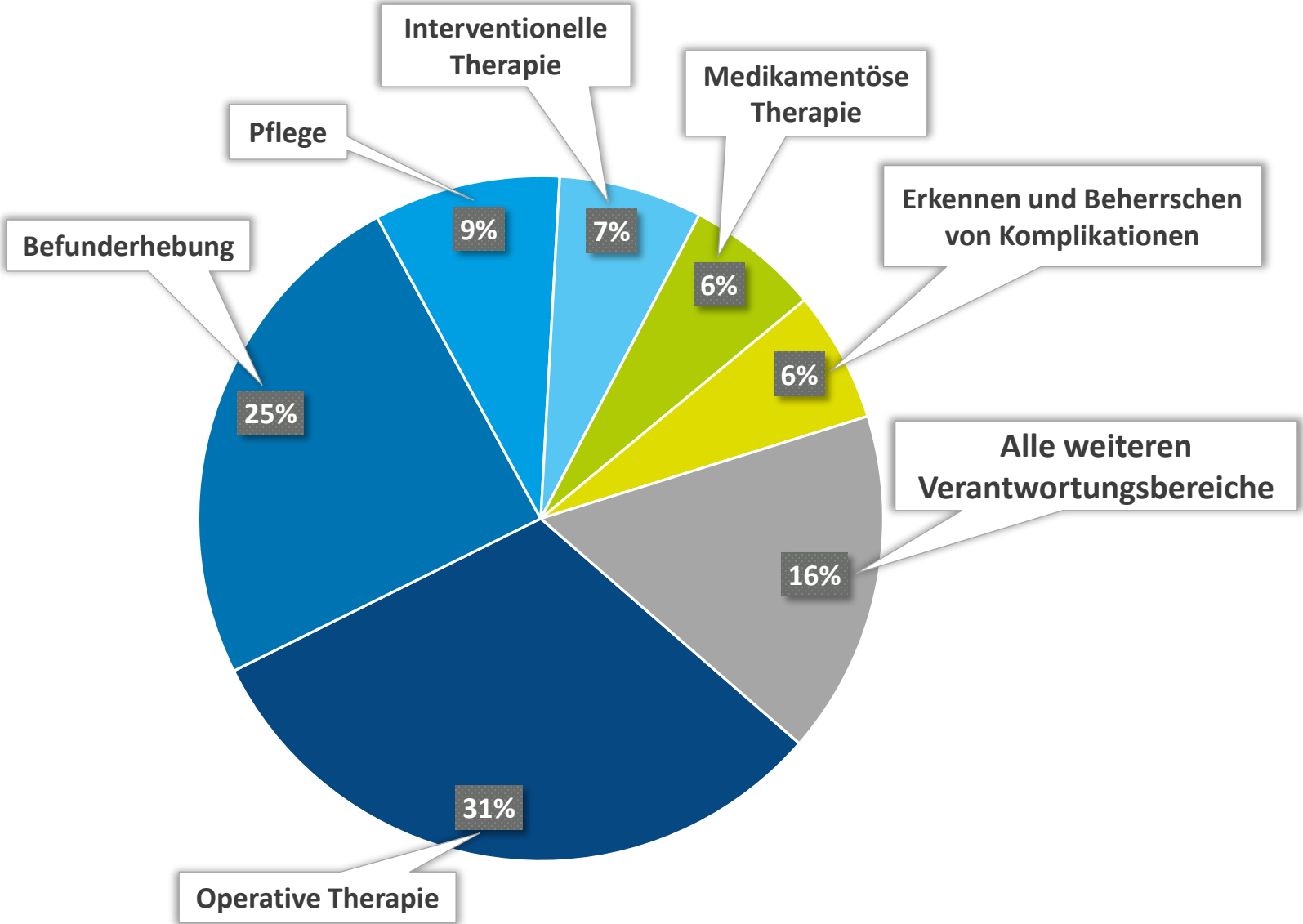
Diagnosen	Fälle	festgestellte Fehler	Quote
Kniegelenksverschleiß	580	130	22,4%
Hüftgelenksverschleiß	531	128	24,1%
Zahnkaries	369	150	40,6%
Bruch des Oberschenkels	326	109	33,4%
Krankheiten des Zahnmarks und der Zahnwurzel	324	127	39,2%
Sonstige Bandscheibenschäden	318	103	32,4%
Bruch des Unterschenkels	317	103	32,5%
Sonstige Krankheiten der Zähne	316	103	32,6%
Rückenschmerzen	315	103	32,7%
Bruch des Unterarmes	314	103	32,8%
Bruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes	313	103	32,9%
Schulterläsion/-verletzung	312	103	33,0%

## Aber:

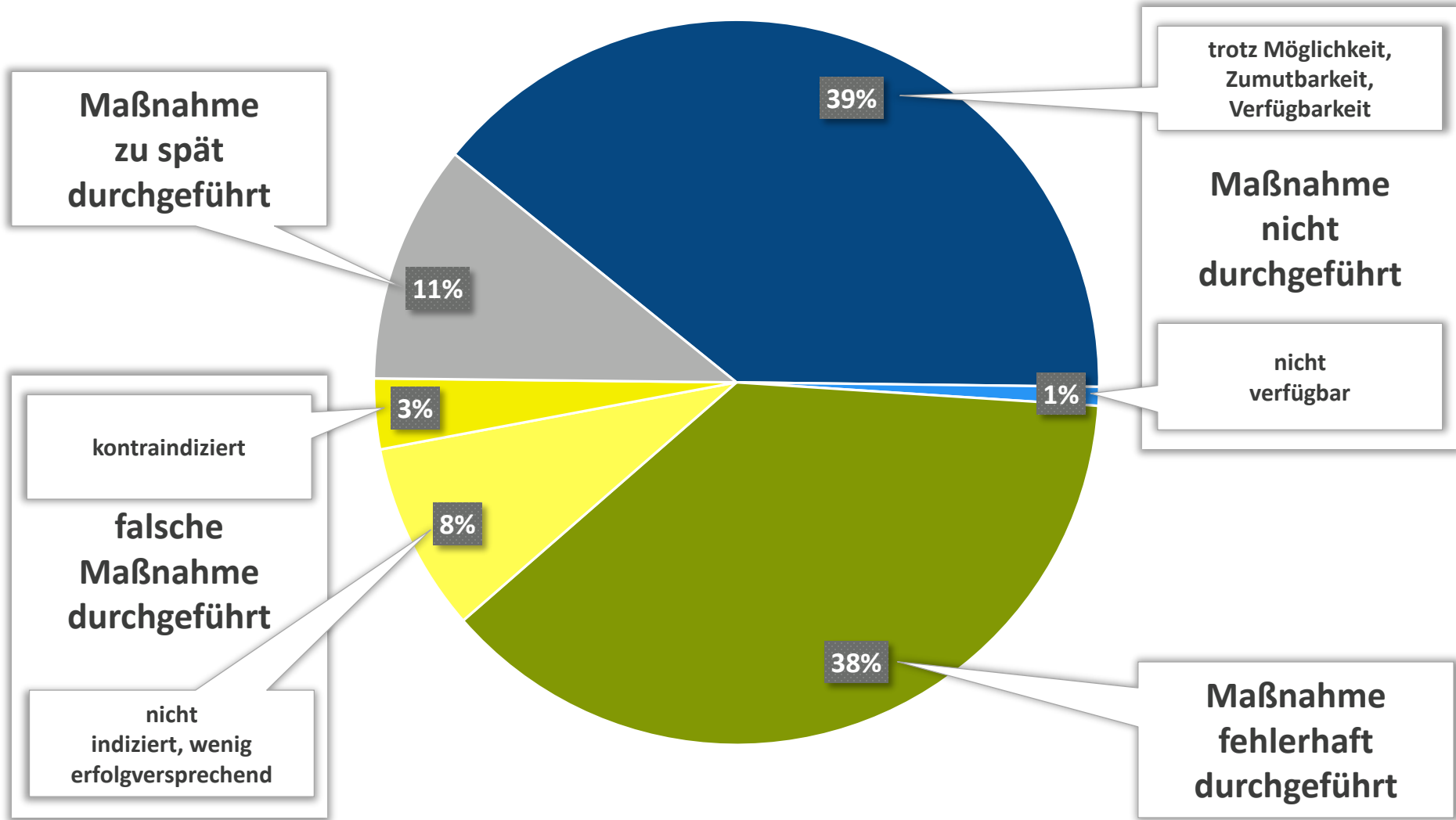
14.828 Vorwürfe zu insgesamt  
1.023 unterschiedlichen Diagnosen

→ Keine eindeutigen Schwerpunkte,  
heterogenes Bild zum gesamten  
Spektrum der medizinischen  
Versorgung

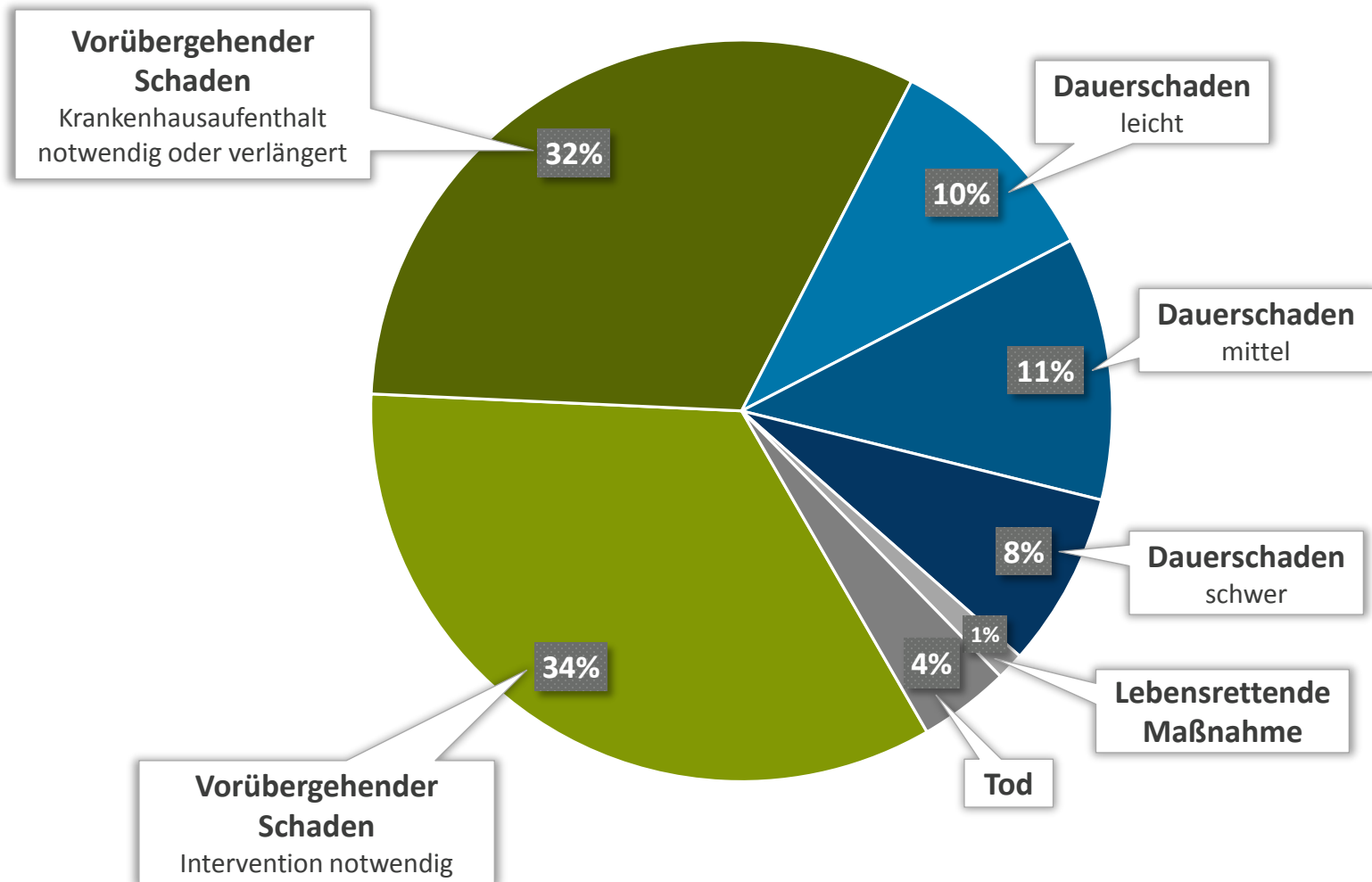
# Fehler nach führendem Verantwortungsbereich



# Fehlerarten



# Gesundheitsschaden bei kausalem Fehler



# Heterogenes, oft komplexes Fehlergeschehen

## *Wo also besonders hinsehen, wie Prioritäten erkennen?*

- Eine simple Antwort: „**Never Events**“
- **Folgeschwer** und prinzipiell vollständig **vermeidbar**
- Z.B. Verbliebene Fremdkörper; Verwechslungen (Seite, Patient, Medikament); offensichtliche, hohe Risiken nicht beachtet ...
- Kein Hinweis auf besonders „schweres“ Verschulden eines Einzelnen, sondern auf **systematisch bestehendes Risiko**

<b>Never Event</b>	<b>Anzahl</b>
Hochgradiger Dekubitus während stationärem Aufenthalt erworben	71
Intraoperativ zurückgelassener Fremdkörper	35
Tod oder schwerer Schaden durch Kommunikationsproblem oder fehlende Nachkontrolle einer Labor- oder pathologischen/radiologischen Untersuchung	18
Tod oder schwerer Schaden durch fehlendes Monitoring und/oder fehlende Reaktion auf sinkende Sauerstoffsättigung	16
Tod oder schwerer Schaden durch einen Medikationsfehler, also falsches Medikament, falsche Dosis, falscher Patient, falscher Zeitpunkt, falsche Applikationsgeschwindigkeit, falsche Zubereitung, falscher Applikationsweg	15
Operation/Maßnahme am falschen Körperteil (Verwechslung!)	14
falsche Operation/Maßnahme durchgeführt (Verwechslung!)	14
Tod oder schwerer Schaden durch Sturz eines Patienten in stationärer Einrichtung	7
Falsches Implantat, falsche Prothese (Verwechslung!)	4
Tod oder schwerer Schaden des Neugeborenen im Geburtsverlauf ohne vorbekannte Risikoschwangerschaft	4
Tod oder schwerer Schaden durch Suizid(-versuch) eines Patienten in stationärer Einrichtung	3
Inadäquate orale Methotrexat-Applikation	3
Tod oder schwerer Schaden in direktem Zusammenhang mit einem Unfall in med. Einrichtung	3
Fehlplatzierung einer oro- oder nasogastralen Sonde vor Nutzung nicht bemerkt	2
Tod oder schwerer Schaden durch „geflüchteten“ Patienten aus stationärem Aufenthalt	2
Intravenöse Injektion einer falschen Kalium-Konzentration/Dosis	2
<i>Weitere Einzelereignisse (siehe Seite 25 in Jahresstatistik)</i>	<i>12</i>
<b>gesamt</b>	<b>225</b>

# Übersicht

## Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen in der Anästhesie

	Vorwürfe	Fehler	Fehler + Schaden	Fehler kausal
Fallzahl Gutachten insg.				

- Kein Hinweis auf allgemeine Sicherheit bzw. Fehlerhäufigkeit in der Anästhesie
- Weitere Begutachtungen mit Anästhesie-Beteiligung möglich bei führender Codierung des operativen Fachgebietes



# Übersicht

## Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen in der Anästhesie

	Vorwürfe	Fehler	Fehler + Schaden	Fehler kausal
Fallzahl Gutachten insg.	246	82 (33,3%)	78	61 5 nicht kausal 12 unklar
Fallzahl Arztpraxis	22	6 (27,3%)	5	3 2 unklar

### Kausale Fehler

- Sturz von Aufwachraumliege postop. mit Nasenbeinfraktur
- Unzureichender Augenschutz während der Narkose, welcher zu einer Austrocknung und Erosion der Hornhaut führte
- Bronchospasmus nach Narkoseeinleitung: keine Absaugung durch ET-Tubus, kein Beta-Mimetikum oder Ipratropiumbromid verabreicht

### Unklare Fälle

- Medikament in falscher Dosierung an Patient abgegeben
- Bei klinisch bestehendem akuten Abdomen Diagnostik und Therapie nicht zeitgerecht und nicht vollständig eingeleitet

# Übersicht

## Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen in der Anästhesie

	Vorwürfe	Fehler	Fehler + Schaden	Fehler kausal
Fallzahl Gutachten insg.	246	82 (33,3%)	78	61 5 nicht kausal unklar
Fallzahl Arztpraxis	22	6 (27,3%)	5	3 2 unklar

### Kausale Fehler stationär

- Nicht fachgerechte ZVK-Entfernung nach LTX mit Luftembolie, CPR, schwerste Hirnschädigung
- Ampullen verwechselt, überdosierte Testdosis, hohe SPA, CPR, gutes Outcome
- Resp. Insuff. im AWR, Reintubation, unerkannte Fehlintonation, hypoxischer Hirnschaden
- Zu lange unerkannte resp. Insuff. im AWR, CPR, Exitus
- Cefuroxim trotz bekannter Allergie, anaphylaktischer Schock
- ...

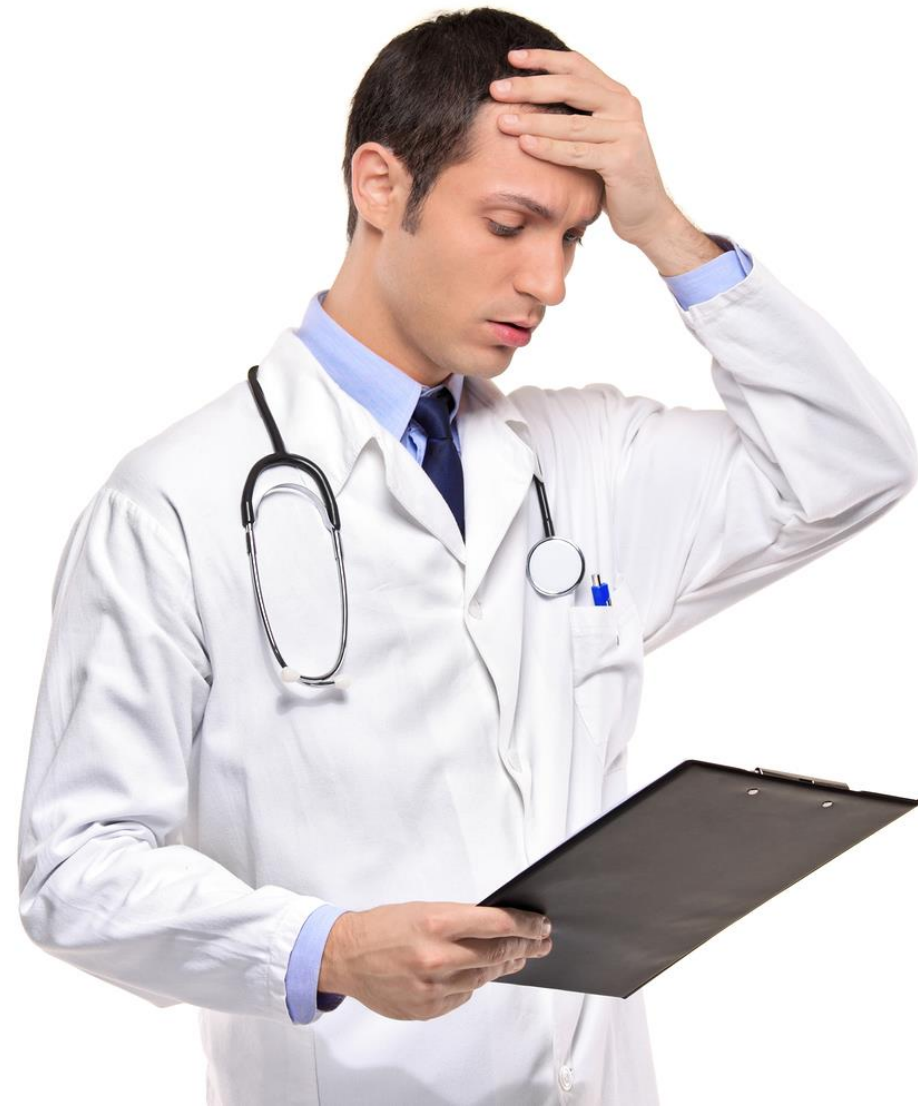
# Weitere Informationen?



[www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)



# ... ohne Sicherheitskultur



# ... mit Sicherheitskultur



# Gesundheitsberichterstattung des Bundes

## Kapitel 4.3.5: Transparenz und Patientensicherheit

### [Gesundheit in Deutschland, 2006]

**„Bisher fehlen zuverlässige Zahlen zur Häufigkeit von Behandlungsfehlern.** Behandlungsfehler, Versorgungsfehler und Organisationsmängel sind in den vergangenen Jahren international zunehmend ins Zentrum des Interesses gerückt. **Allerdings fehlt in Deutschland eine einheitliche und zusammenfassende Darstellung** der Zahl vermuteter oder tatsächlich nachgewiesener medizinischer Behandlungsfehler. Die Zahlen der Haftpflichtfälle der Versicherungen oder der von den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern behandelten Vorwürfe besitzen eine große Dunkelziffer.“

# Und 10 Jahre später ...?

# Der vielzitierte Eisberg

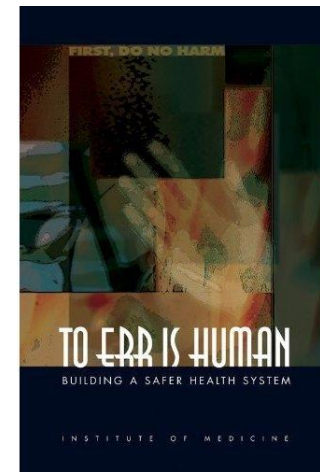
**Anerkannte Behandlungsfehler**

**Fehler nicht erkannt bzw. nicht vorgeworfen**

**Litigation Gap\***

\* Nachzulesen bei:  
**Matthias Schrappe. Qualität 2030.**  
Download verfügbar unter  
[www.gesundheitsstadt-berlin.de](http://www.gesundheitsstadt-berlin.de)

# IOM-Report „To err is human“



5	ERROR REPORTING SYSTEMS	86
	Recommendations	87
	Review of Existing Reporting Systems in Health Care	90
	Discussion of Committee Recommendations	101

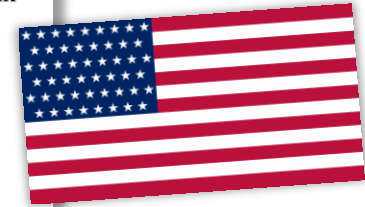
*„A nationwide mandatory reporting system should be established that provides for the collection of standardized information by state governments about adverse events that result in death or serious harm.“*



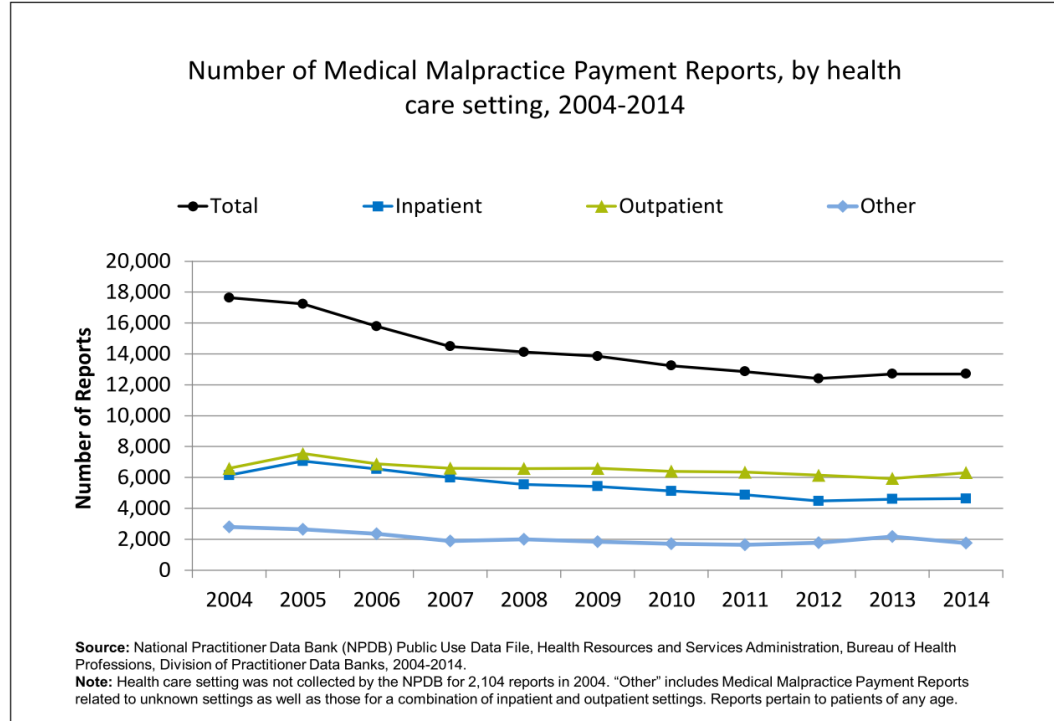
# Erfassung fehlerbedingter Schäden international ...

## National Practitioner Data Bank

- Medical malpractice actions are one way to flag potential medical errors.
- Medical Malpractice Payment Reports are submitted to the National Practitioner Data Bank by medical malpractice payers:
  - Report of a monetary exchange made for the benefit of a physician, dentist, or other health care provider
  - Result of a settlement or judgment of a written complaint or claim based on that provider's delivery of or failure to deliver health care services



## Number of Medical Malpractice Payment Reports, by Setting



# Provisional publication of Never Events reported as occurring between 1 and 31 March 2016

Please note: as of 1 April 2016 Patient Safety is now part of NHS Improvement. All future Never Events data publications will therefore be published on the [NHS Improvement website](#).



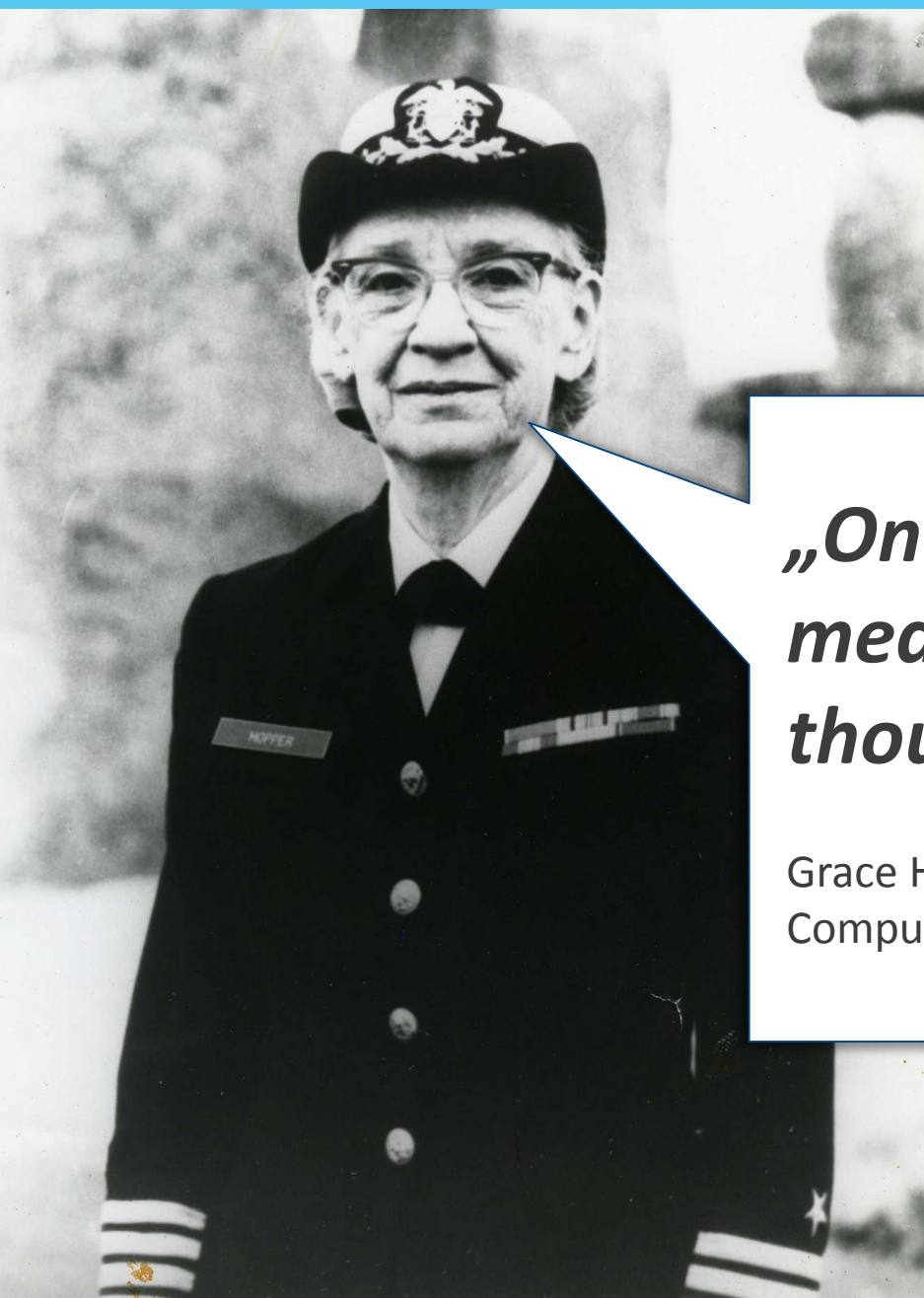
**TABLE ONE: Never Events 1 to 31 March 2016 by type of incident with additional detail**

PROVISIONAL DATA: SUBJECT TO CHANGE AS LOCAL INVESTIGATION COMPLETED	
Type and brief description of Never Event	Number
<b>Wrong site surgery</b>	<b>16</b>
PICC line inserted that was intended for another patient	1
Wrong area of kidney biopsied	1
Wrong area of thyroid biopsied	1
Wrong incision for harvest of bone graft	1
Wrong procedure - Gastroscopy rather than Colonoscopy	1
Wrong side block	7
Wrong side chest drain	1
Wrong side nephrostomy and stent	1
Wrong tooth/ teeth removed	2
<b>Retained foreign object post procedure</b>	<b>9</b>
Guide wire - CVC line	1
Guide wire - urethral catheter	1
Part of a guide wire - ACL guide wire	1
Part of surgical instrument	1
Protective corneal shield	1
Surgical instrument - hip guide	1
Throat pack	2
Vaginal swab	1
<b>Wrong implant/ prosthesis</b>	<b>4</b>
Hip prosthesis	3
Lens	1
<b>Misplaced naso or oro gastric tube</b>	<b>4</b>
NG tube in respiratory tract	4
<b>Transfusion or transplantation of ABO incompatible blood components or organs</b>	<b>2</b>
Incorrect unit of platelets transfused	1
Wrong blood transfused	1
<b>Failure to install functional collapsible shower or curtain rails</b>	<b>1</b>
Anti ligature blinds failed to collapse	1
<b>Total</b>	<b>36</b>

**Note** As described above, two reported serious incidents were duplicate entries, 4 reported serious incidents occurred before March 2016 (see table 3) and one was still in draft form and has not been confirmed as a Never Event

# Die Spitze des Eisbergs liegt im Nebel

- Schlichtungsstellen der Ärztekammern
- Medizinische Dienste (MDK/MDS)



***„One accurate  
measurement is worth a  
thousand expert opinions.“***

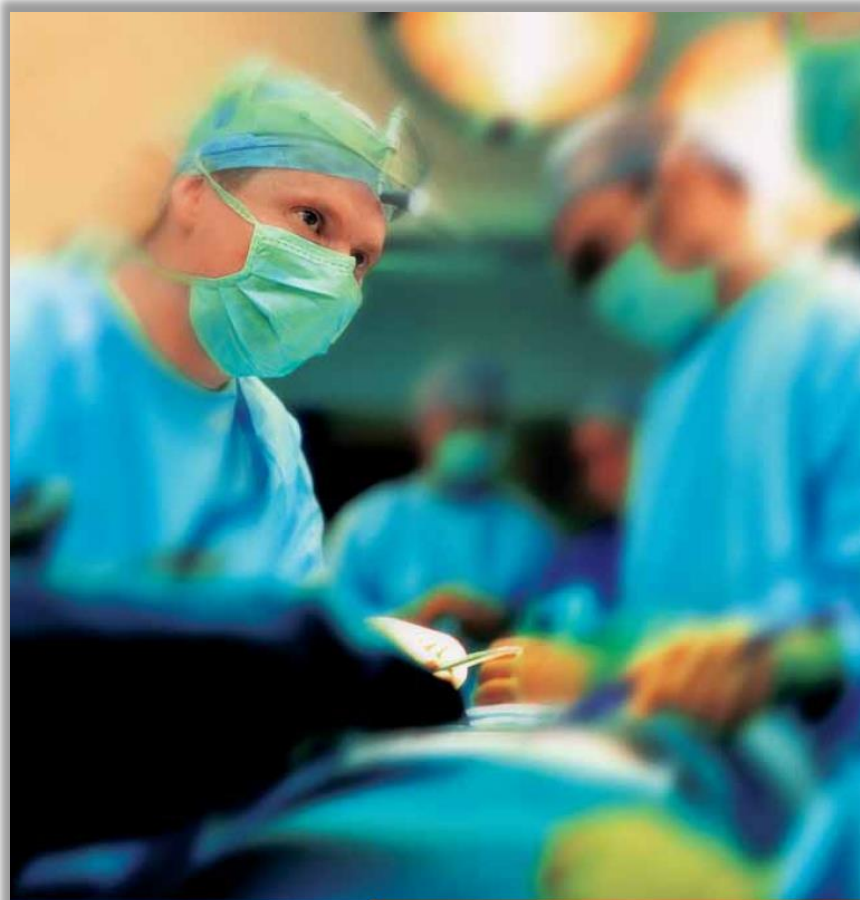
Grace Hopper, Pionierin der  
Computerwissenschaften und Navy-Admiralin

# Patientensicherheit – der Weg ist das Ziel



## Auf dem Weg erforderlich?

Mehr Transparenz über Anzahl, Art und zeitliche Entwicklung anerkannter Behandlungsfehler



...und erst recht aus  
**fehlerbedingten Schäden!**

„Lernen“ heißt  
Präventionsmaßnahmen  
**ableiten, lehren,  
anwenden, überprüfen  
und fortentwickeln!**

Aktionsbündnis  
Patientensicherheit e.V. (Hrsg.)  
Profis aus Medizin  
und Pflege berichten

**Aus  
Fehlern  
lernen**



# Hayes NEJM 2009

## Surgical Safety Checklist



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

### Before induction of anaesthesia

(with at least nurse and anaesthetist)

Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?

Yes

Is the site marked?

Yes

Not applicable

Is the anaesthesia machine and medication check complete?

Yes

Is the patient's oxygen saturation functional?

Yes

Does the patient have a:

Known allergy?

No

Yes

Difficult airway or aspiration risk?

No

Yes, and equipment/assistance available

Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?

No

Yes, and two IVs/central access and fluids planned

### Before skin incision

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Confirm all team members have introduced themselves by name and role.

Yes

Confirm patient's name, procedure and where incision will be made.

Yes

Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?

Yes

Not applicable

Are all implants, clips, sutures, and staples accounted for?

Yes

What are the critical or non-routine steps?

How long will the case take?

What is the anticipated blood loss?

To Anaesthetist:

Are there any patient-specific concerns?

To Nursing Team:

Has sterility (including indicator results) been confirmed?

Are there equipment issues or any concerns?

Is essential imaging displayed?

Yes

Not applicable

### Before patient leaves operating room

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Nurse Verbally Confirms:

The name of the procedure

Completion of instrument, sponge and needle counts

Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)

Whether there are any equipment problems addressed

To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:

What are the key concerns for recovery and management of this patient?

Letalität 1,5% → 0,8%  
Komplikationen 11,0% → 7,0%

Fehlerursache?  
oft sehr komplex

Lösung?  
sehr simpel!

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.



# Richtlinie des G-BA zum Qualitätsmanagement sektorenübergreifend, noch nicht in Kraft

## Beschluss



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

### **des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Qualitätsmanagement-Richtlinie**

Vom 17. Dezember 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 17. Dezember 2015 die Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) beschlossen:

**[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)**



## § 4 Methoden und Instrumente

*„Bei operativen Eingriffen, die unter Beteiligung von **zwei oder mehr Ärztinnen bzw. Ärzten** oder die unter **Sedierung** erfolgen, werden*

### **OP-Checklisten**

*eingesetzt. Diese OP-Checklisten sollen **einrichtungsspezifisch** entwickelt und genutzt werden sowie **alle am Eingriff Beteiligten** einbeziehen. Insbesondere sind sie auf die **Erkennung und Vermeidung unerwünschter Ereignisse und Risiken** auszurichten, wie z. B. **Patienten-, Eingriffs- und Seitenverwechslungen** und **schwerwiegende Komplikationen**. Gleichzeitig beinhalten sie Fragen zum **Vorhandensein und zur Funktion des erforderlichen Equipments**.“*

#### **Aus Tragenden Gründen:**


*„Unter Sedierung werden hier Maßnahmen verstanden, die die Mitwirkungs- oder Geschäftsfähigkeit der Patienten einschränken.“*



# und jetzt?

## TO DO list

1. OP-Checkliste **entwickeln**
  - a. angelehnt an WHO
  - b. abgestimmt auf Ihre Praxis
  - c. mit Ihren Kollegen und Mitarbeitern
2. ... und **immer anwenden!**



## AINS-SAFETY-CHECKLISTE

### SIGN IN

Vor Einleitung des Anästhesieverfahrens

**Der Checklisten-Verantwortliche fragt – für alle Anwesenden hörbar – die nachfolgenden Punkte ab. Der dafür Zuständige antwortet:**

- Wurde die Patientenidentität bestätigt (Name, Geburtsdatum)?
- Wurde der geplante Eingriff, die Eingriffs-Seite / das Eingriffsgebiet bestätigt?
- Wurde ggf. die OP-Seite markiert?
- Liegt die schriftliche Eingriffseinwilligung vor?
- Sind besondere Hygienemaßnahmen erforderlich?
- Ist besonderes Equipment erforderlich?
- Wurde das notwendige Equipment überprüft und ist einsatzbereit?
- Liegt die schriftliche Anästhesieeinwilligung vor?
- Ist das Aspirationsrisiko / ein schwieriger Atemweg bekannt (Ausrüstung und Algorithmus)?
- Sind Allergien bekannt?
- Wurde der Anästhesie-Check durchgeführt (Anästhesiegerät, Absaugung, Medikamente)?
- Wurde ein funktionsfähiges Monitoring angelegt (EKG, Pulsosymmetrie, Blutdruckmessung, CO<sub>2</sub>)?
- Noch Fragen?

### TEAM TIME OUT

Vor Beginn des Eingriffs

**Alle Teammitglieder sind sich bekannt oder haben sich namentlich und mit ihrer Funktion vorgestellt**

**Der Checklisten-Verantwortliche fragt die nachfolgenden Punkte ab:**

- Wurde die Patientenidentität bestätigt?
- Wurde der geplante Eingriff, die Eingriffs-Seite / das Eingriffsgebiet bestätigt?
- Die notwendigen Röntgen-, CT-, MRT-Bilder etc. sind vorhanden!
- Sind kritische Ereignisse zu erwarten?
- Wie lange wird der Eingriff voraussichtlich dauern?
- Wie hoch ist der zu erwartende Blutverlust / Sind ausreichend i. v. Zugänge vorhanden?
- Wurden Blutkonserven bestellt / sind vorhanden?
- Bestehen Besonderheiten bei Instrumenten/ Geräten / Materialien?
- Gibt es patientenspezifische Bedenken oder Probleme (u.a. Vorerkrankungen, Allergien)?
- Wurde innerhalb der vergangenen 60 Min. die Antibiotikaprophylaxe gegeben (wenn erforderlich)?
- Noch Fragen?

### SIGN OUT

Vor Eingriffsende

**Der Checklisten-Verantwortliche fragt nachfolgende Punkte ab:**

- Welcher Eingriff wurde tatsächlich durchgeführt?
- Wurden Instrumente, Nadeln, Tücher, Tupfer etc. korrekt gezählt?
- Wurden Proben / Präparate korrekt beschriftet?
- Gab es Fehlfunktionen / Probleme mit Instrumenten / Geräten / Materialien?
- Gibt es wichtige Informationen für die postoperative Phase (Antibiose, Drainagen, Sonden etc.)?
- Noch Fragen?

Datum: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

ENTWURF

# Fazit

- ▣ Medizinische Dienste berichten detailliert über die jährlich umfangreichsten Begutachtungsdaten zu Behandlungsfehlern
- ▣ Ambulante Anästhesie nur vereinzelt betroffen
- ▣ ... und das lässt nicht den Rückschluss zu, dass die ambulante Anästhesie besonders sicher wäre oder das Thema Behandlungsfehler hier keine Relevanz hätte!
- ▣ Es gibt keine repräsentativen Daten zu bestätigten Behandlungsfehlern
- ▣ Im Sinne der Patientensicherheit sollten wir anderen Ländern folgen und eine Meldepflicht für Behandlungsfehler einführen. Erst das wäre Transparenz und echte Sicherheitskultur!
- ▣ OP-Checkliste auch für die ambulante Anästhesie bei Niedergelassenen ein wichtiges (*und verpflichtendes*) Instrument für Patientensicherheit!

# Vielen Dank!



[m.skorning@mds-ev.de](mailto:m.skorning@mds-ev.de)

PD Dr. med. Max Skorning  
Leiter Stabsstelle Patientensicherheit

**MDS** MEDIZINISCHER DIENST  
DES SPITZENVERBANDES  
BUND DER KRANKENKASSEN